



OptiMAX

Ogólne Warunki Ubezpieczenia

SKOROWIDZ

POSTANOWIENIA OGÓLNE	3
DEFINICJE	3
PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA	4
ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA	4
POCZĄTEK OBOWIĄZYWANIA I CZAS TRWANIA UMOWY	5
USTALENIE WYSOKOŚCI ŚWIADCZEŃ	5
WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI	6
OSOBY UPRAWNIONE DO UZYSKANIA ŚWIADCZENIA	7
SKŁADKI	7
WYKUP POLISY.....	7
WYPŁATA ŚWIADCZENIA	7
OKRES KARENCJI.....	9
PRAWO ODSTĄPIENIA OD UMOWY	9
ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA	9
PRAWA I OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO / UBEZPIECZONEGO	9
REKLAMACJE.....	9
WŁAŚCIWOŚĆ SĄDU	10
PRZEDAWNIE NIE	10
PRAWO WŁAŚCIWE I OPODATKOWANIE ŚWIADCZEŃ.....	10

ZAŁĄCZNIK NR 1

SZCZEGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA

CZĘŚCIOWE I TRWAŁE INWALIDZTWO W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

Zgodnie z artykułem 17. ust.1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, w poniższej tabeli umieściliśmy najistotniejsze postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia na życie **OptiMAX** (01/06/2020):

Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej wzorca umowy
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	<u>OWU</u> § 1, § 2, § 7, § 11, § 12 - 17 z zastosowaniem definicji <u>Załącznik nr 1 do OWU</u> definicje § 1, § 2, § 3, § 4
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	<u>OWU</u> § 2, § 8, § 12- 19, § 22, § 29 z zastosowaniem definicji <u>Załącznik nr 1 do OWU</u> definicje § 3, § 4, § 5
Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje	<u>OWU</u> § 11 z zastosowaniem definicji

POSTANOWIENIA OGÓLNE

Niniejsze Ogólne Warunki Terminowego Ubezpieczenia na Życie **OptiMAX** (dalej „**OWU**”) stosuje się do Umowy Terminowego Ubezpieczenia na Życie **OptiMAX** (dalej „Umowa ubezpieczenia” albo „Umowa”).

DEFINICJE

Wyrażenia użyte w OWU, polisach oraz wszelkich innych dokumentach wystawionych przez Ubezpieczyciela w związku z Umową ubezpieczenia, zawartą na podstawie OWU oznaczają:

1. Ubezpieczyciel

Prévoir - Vie Groupe Prévoir S.A. - Oddział w Polsce, który zobowiązuje się wobec Ubezpieczającego do spełnienia świadczenia na rzecz Uposażonego albo Ubezpieczonego w przypadku zajścia zdarzenia objętego odpowiedzialnością Ubezpieczyciela, zgodnie z OWU.

2. Ubezpieczający

Podmiot, który zawarł Umowę ubezpieczenia i który jest zobowiązany wobec Ubezpieczyciela do zapłaty składek ubezpieczeniowych.

3. Ubezpieczony

Osoba fizyczna, której życie i zdrowie objęte są ochroną ubezpieczeniową na warunkach określonych w Umowie ubezpieczenia oraz OWU.

4. Uposażony

Osoba lub osoby wskazane przez Ubezpieczającego, a w razie zawarcia Umowy na cudzy rachunek przez Ubezpieczającego za zgodą Ubezpieczonego, uprawnione do otrzymania świadczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego, w zakresie i na warunkach określonych w OWU.

5. Początek ubezpieczenia

Data umieszczona w polisie, określająca początek odpowiedzialności Ubezpieczyciela.

6. Wiek Ubezpieczonego

Długość okresu pomiędzy datą urodzenia Ubezpieczonego i Początkiem ubezpieczenia, wyrażona w pełnych latach. Jeżeli w dniu Początku ubezpieczenia upłynęło więcej niż sześć miesięcy od ostatnich urodzin, wiek Ubezpieczonego zaokrąglą się w górę. Dla określenia wieku w rocznicę polisy zamiast daty Początku ubezpieczenia ma zastosowanie data rocznicy polisy.

7. Aneks

Dokument wystawiony przez Ubezpieczyciela, stwierdzający zmiany w Umowie ubezpieczenia.

8. Wykup polisy

Przedterminowe zakończenie Umowy ubezpieczenia, skutkujące wypłatą Ubezpieczającemu wartości Wykupu, na warunkach i w granicach określonych w OWU.

9. Nieszczęśliwy wypadek

Nagle, nieprzewidziane, spowodowane przyczyną zewnętrzną oraz niezależne od woli Ubezpieczonego zdarzenie zaistniałe w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela, będące bezpośrednią i wyłączną przyczyną uszczerbku na zdrowiu lub śmierci Ubezpieczonego.

Nie zalicza się do Nieszczęśliwych wypadków lub ich następstw: prób samobójczych, zatruc, odmrożeń, porażeń słonecznych, następstw wysiłku, bólów kręgosłupa pochodzenia kostnego, mięśniowego lub nerwowego, wszelkiego rodzaju przepuklin, pęknięć tętniaka, zawałów, wylewów, zespołu otępiennego, choroby Alzheimera, śpiączki cukrzycowej lub stanów hipoglikemii, przełomu tarczycowego lub nadnerczowego, zaostrzenia chorób przewlekłych, następstw przeprowadzonych operacji chirurgicznych nie związanych z zaistniałym zdarzeniem oraz innych stanów chorobowych występujących nagle.

10. Wypadek komunikacyjny

Oznacza rodzaj Nieszczęśliwego wypadku, zaistniały w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela, spowodowany:

- przez dowolny pojazd, pieszego lub zwierzę w chwili, gdy Ubezpieczony porusza się pieszo po drodze publicznej lub prywatnej;
- użytkowaniem przez Ubezpieczonego – w charakterze kierowcy lub pasażera – drogowego lub kolejowego środka transportu (publicznego lub prywatnego);
- użytkowaniem przez Ubezpieczonego – wyłącznie w charakterze pasażera – lotniczego, morskiego lub rzeczno-środku transportu zbiorowego pod warunkiem, że stanowi on transport zbiorowy wykonywany przez licencjonowane linie przewozowe w zakresie przewozów osób.

Wypadek komunikacyjny nie obejmuje użytkowania przez Ubezpieczonego – w charakterze kierowcy lub pasażera - dwu- lub trójkołowego pojazdu silnikowego lub quada.

11. Choroba

Stwierdzone przez lekarza pogorszenie stanu zdrowia Ubezpieczonego, niezależne od jego woli i niespowodowane wypadkiem.

12. Całkowite i trwałe inwalidztwo

Za Całkowite i trwałe inwalidztwo uważa się trwałą niezdolność, do podjęcia jakiegokolwiek działalności zarobkowej, wynikającą z obrażeń ciała lub Choroby, połączonej z wymogiem pomocy innych osób przy czynnościach życia codziennego (tj. samodzielne wstawanie z łóżka, przemieszczanie się, ubieranie, mycie, spożywanie posiłków).

Warunkiem koniecznym do uznania inwalidztwa za trwałe jest utrzymywanie się wyżej wymienionego stanu przez okres co najmniej 6 miesięcy (w przypadku zaburzeń neurologicznych 9 miesięcy) od powstania obrażeń lub rozpoznania Choroby i zakończenia leczenia oraz rehabilitacji, jeżeli na koniec tego okresu według aktualnego stanu

wiedzy medycznej stan zdrowia Ubezpieczonego nie ulegnie istotnej poprawie. Wymogu czasowego nie stosuje się w przypadku Całkowitego, ewidentnego, nieodwracalnego inwalidztwa.

13. Obrażenia cieleśne

Obrażenia będące wyłącznie bezpośrednim skutkiem Nieszczęśliwego wypadku lub Wypadku komunikacyjnego tylko w postaci Złamania lub Oparzenia 2 albo 3 stopnia.

14. Złamanie

Nagle pourazowe złamanie kości, z wyłączeniem złamania zęba, złamania awulsyjnego, pęknięć i mikrourazów kości oraz uszkodzenia struktur chrzęstnych.

15. Oparzenie 2 stopnia

Zniszczenie naskórka spowodowane działaniem ciepła, środków żrących, prądu lub promieniowania sztucznego, któremu towarzyszy pojawienie się pęcherzy.

16. Oparzenie 3 Stopnia

Całkowite zniszczenie naskórka i skóry właściwej spowodowane działaniem ciepła, środków żrących, prądu lub promieniowania sztucznego.

17. Hospitalizacja

Spowodowany bezpośrednio Nieszczęśliwym wypadkiem pobyt Ubezpieczonego w oddziale szpitalnym przez okres dłuższy niż 48 godzin.

18. Karencja

Okres, w którym Ubezpieczyciel ponosi ograniczoną odpowiedzialność za zaistniałe zdarzenie ubezpieczeniowe, na zasadach określonych w OWU.

19. Rocznicą Umowy ubezpieczenia

Każda kolejna Rocznicą Początku ubezpieczenia określonego w polisie ubezpieczeniowej.

I. PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 1

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie i zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia, na warunkach określonych w OWU, obejmuje:
 - a) dożycie przez Ubezpieczonego do końca okresu ubezpieczenia,
 - b) śmierć Ubezpieczonego w okresie ubezpieczenia,
 - c) Całkowite i trwałe inwalidztwo Ubezpieczonego spowodowane Nieszczęśliwym wypadkiem, Wypadkiem komunikacyjnym lub Chorobą,
 - d) Hospitalizację Ubezpieczonego, będącą wyłącznie bezpośrednim skutkiem Nieszczęśliwego wypadku lub Wypadku komunikacyjnego,
 - e) powstanie Obrażeń cieleśnych u Ubezpieczonego, będących wyłącznie bezpośrednim skutkiem Nieszczęśliwego wypadku lub Wypadku komunikacyjnego.
3. W przypadku dożycia albo śmierci albo Całkowitego i trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie w wysokości określonej w Polisie.
4. W przypadku Hospitalizacji Ubezpieczonego, Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie za każdy dzień pobytu w szpitalu trwającego dłużej niż 48 godz., w wysokości określonej w polisie. Sposób ustalenia świadczenia określa §7 ust.6 OWU.
5. W przypadku Obrażeń cieleśnych Ubezpieczonego, Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie, stanowiące procent sumy ubezpieczenia określonej w polisie. Sposób ustalenia świadczenia określa § 7 ust.7 OWU.

§ 2

1. Zakres ubezpieczenia może być rozszerzony o Ubezpieczenie dodatkowe z tytułu Częściowego i trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku (załącznik nr 1 do OWU).
2. Rozszerzenie ubezpieczenia, o którym mowa w ust. 1 może być dokonane wyłącznie w okresie ubezpieczenia na życie.
3. Rozszerzenie, o którym mowa w ust. 1, jest możliwe przy zawarciu Umowy ubezpieczenia oraz w każdą Rocznicę Umowy ubezpieczenia
4. W sprawach nieregulowanych w Szczególnych Warunkach Ubezpieczenia stosuje się wprost lub odpowiednio OWU.

II. ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 3

Umowa ubezpieczenia może zostać zawarta, jeżeli spełnione są łącznie następujące warunki:

- a) Ubezpieczający, a także Ubezpieczony, jeżeli Umowa ubezpieczenia jest zawierana na cudzy rachunek, prawidłowo wypełnili i podpisali wniosek ubezpieczeniowy na formularzu Ubezpieczyciela, przedłożonym przez jego przedstawiciela lub w innej formie stosowanej przez Ubezpieczyciela,
- b) Ubezpieczający wpłacił kwotę zaliczki w wysokości określonej we wniosku ubezpieczeniowym,
- c) Ubezpieczony ukończył 18 lat i nie ukończył 55 lat w dacie Początku ubezpieczenia proponowanej we wniosku ubezpieczeniowym.

§ 4

1. Ubezpieczający, a także Ubezpieczony, jeżeli Umowa ubezpieczenia jest zawierana na cudzy rachunek, obowiązani są podać do wiadomości Ubezpieczyciela wszystkie znane sobie okoliczności, o które Ubezpieczyciel zapytywał w formularzu wniosku albo w innych pismach przed zawarciem Umowy. Jeżeli Ubezpieczający zawiera Umowę przez przedstawiciela, obowiązek ten ciąży również na przedstawicielu i obejmuje ponadto okoliczności jemu znane.

2. W przypadku zawarcia Umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek odpowiedzialność Ubezpieczyciela rozpoczyna się nie wcześniej niż następnego dnia po złożeniu Ubezpieczycielowi przez Ubezpieczonego oświadczenia, że chce skorzystać z ochrony ubezpieczeniowej i wyraża zgodę na sumę ubezpieczenia wskazaną we wniosku ubezpieczeniowym. Zmiana Umowy na niekorzyść Ubezpieczonego lub Uposażonego w razie śmierci Ubezpieczonego, wymaga zgody Ubezpieczonego.
3. Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do:
 - a) zaproponowania nowych warunków ubezpieczenia,
 - b) odmowy zawarcia Umowy ubezpieczenia.
4. Jeżeli w odpowiedzi na złożoną ofertę (wniosek na formularzu Ubezpieczyciela), Ubezpieczyciel doręcza Ubezpieczającemu polisę zawierającą postanowienia, które odbiegają na niekorzyść Ubezpieczającego od treści złożonej przez niego oferty, Ubezpieczyciel jest obowiązany zwrócić Ubezpieczającemu na to uwagę na piśmie przy doręczeniu polisy. W przypadku, gdy nowe warunki ubezpieczenia, zaproponowane przez Ubezpieczyciela, nie zostaną przyjęte przez Ubezpieczającego, Ubezpieczający powinien zgłosić swój sprzeciw do Ubezpieczyciela w terminie 7 dni od daty ich otrzymania.
5. Jeżeli Ubezpieczający nie zgłosi sprzeciwu w terminie wskazanym w ust. 4, Umowa ubezpieczenia dochodzi do skutku na nowych warunkach, zaproponowanych przez Ubezpieczyciela.
6. W przypadku zgłoszenia sprzeciwu przez Ubezpieczającego Umowa ubezpieczenia nie wywołuje skutków.

§ 5

Ubezpieczyciel jest zobowiązany do podjęcia decyzji w sprawie zawarcia Umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni od dnia spełnienia warunków, o których mowa w § 3 lit. a) i b).

III. POCZĄTEK OBOWIĄZYWANIA I CZAS TRWANIA UMOWY

§ 6

1. Umowa ubezpieczenia zaczyna obowiązywać w pierwszym dniu miesiąca następującego po łącznym spełnieniu następujących warunków:
 - a) poprawnym wypełnieniu i podpisaniu przez Ubezpieczającego oraz Ubezpieczonego wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia,
 - b) zapłacie pierwszej składki przez Ubezpieczającego,
 - c) zaakceptowaniu wniosku ubezpieczeniowego przez Ubezpieczyciela.
2. Umowa ubezpieczenia jest zawierana na czas określony, w pełnych latach, do dnia, w którym wiek Ubezpieczonego, ustalony zgodnie z definicją określoną w OWU, wyniesie 60 lat.
3. Początek i koniec obowiązywania Umowy ubezpieczenia zostanie wskazany w polisie ubezpieczeniowej.

IV. USTALENIE WYSOKOŚCI ŚWIADCZEŃ

§ 7

1. **W przypadku dożycia przez Ubezpieczonego do końca okresu ubezpieczenia:**
Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie ustalone w polisie ubezpieczeniowej.
2. **W przypadku śmierci Ubezpieczonego albo Całkowitego i trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego spowodowanego Chorobą:** Ubezpieczyciel wypłaci jedno świadczenie ustalone w polisie ubezpieczeniowej.
W przypadku wystąpienia Całkowitego i trwałego inwalidztwa Umowa ubezpieczenia wygasa.
3. **W przypadku śmierci albo Całkowitego i trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego spowodowanych Nieszczęśliwym wypadkiem innym niż Wypadek komunikacyjny:**
Ubezpieczyciel wypłaci jedno świadczenie w wysokości 50.000 zł, która jest określona także w polisie ubezpieczeniowej. Za śmierć spowodowaną Nieszczęśliwym wypadkiem lub Całkowite i trwałe Inwalidztwo spowodowane Nieszczęśliwym wypadkiem, objęte niniejszą ochroną ubezpieczeniową uznaje się również śmierć lub Całkowite i trwałe inwalidztwo będące bezpośrednim skutkiem Nieszczęśliwego wypadku, jeżeli wystąpią najpóźniej w ciągu roku od momentu tego wypadku. W przypadku wystąpienia Całkowitego i trwałego inwalidztwa Umowa ubezpieczenia wygasa.
4. **Jeżeli śmierć albo Całkowite i trwałe inwalidztwo, są spowodowane Wypadkiem komunikacyjnym :** Ubezpieczyciel wypłaci jedno świadczenie w wysokości 100 000 zł. Za śmierć spowodowaną Wypadkiem komunikacyjnym lub Całkowite i trwałe inwalidztwo będące bezpośrednim skutkiem Wypadku komunikacyjnego, objęte niniejszą ochroną ubezpieczeniową uznaje się również śmierć lub Całkowite i trwałe inwalidztwo będące bezpośrednim skutkiem Wypadku komunikacyjnego, jeżeli wystąpią najpóźniej w ciągu roku od momentu tego wypadku. W przypadku wystąpienia Całkowitego i trwałego inwalidztwa Umowa ubezpieczenia wygasa. Ubezpieczyciel wypłaca jedno świadczenie na skutek Całkowitego i trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego spowodowanego Nieszczęśliwym wypadkiem innym niż Wypadek komunikacyjny (ust. 3) albo Wypadkiem komunikacyjnym (ust.4).
5. **W przypadku Hospitalizacji Ubezpieczonego** Ubezpieczyciel wypłaci dzienne świadczenie w wysokości 100 zł za każdy dzień pobytu w szpitalu, z zastrzeżeniem postanowień OWU poniżej:
 - a) pierwszych 48 godzin od momentu przyjęcia do szpitala nie wlicza się do czasu trwania Hospitalizacji,
 - b) Hospitalizację przeprowadzoną w okresie jednego roku od daty Nieszczęśliwego wypadku lub Wypadku komunikacyjnego uznaje się za objętą niniejszą ochroną ubezpieczeniową, pod warunkiem, że jest ona bezpośrednim skutkiem wypadku,
 - c) świadczenie jest płatne maksymalnie za 100 dni w całym okresie trwania ubezpieczenia,
 - d) w przypadku ponownej Hospitalizacji również będącej skutkiem tego samego wypadku, przy założeniu, że nie upłynął rok od daty wypadku, a ochrona ubezpieczeniowa nadal obowiązuje, uznaje się, że jest to ta sama Hospitalizacja, pod warunkiem, że trwa ona dłużej niż 48 godzin.

6. W przypadku powstania **Obrażeń cielesnych Ubezpieczonego** Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie stanowiące procent sumy ubezpieczenia określany zgodnie z tabelami obrażeń i ich stopnia, z zastrzeżeniem poniżej:
- w przypadku Złamania kilku kości wypłacone będzie świadczenie tylko z tytułu Złamania jednej kości, najwyżej wycenianej w tabeli str 6, pkt.6 lit. d),
 - łącznie świadczenie z tytułu Obrażeń cielesnych Ubezpieczonego odniesionych w tym samym wypadku nie może przekraczać 100% sumy ubezpieczenia równej 15 000 zł,
 - łącznie świadczenia należne Ubezpieczonemu na podstawie niniejszej ochrony ubezpieczeniowej w wyniku różnych obrażeń spowodowanych wypadkami objętymi ubezpieczeniem, w całym okresie obowiązywania Umowy nie mogą przekroczyć kwoty 30 000. zł,
 - tabele Obrażeń i odpowiednie udziały procentowe:

Złamania	% Sumy Ubezpieczenia
Kość udowa lub szyjka kości udowej, biodro, miednica	100%
Kręgosłup z wymogiem odbarczenia neurochirurgicznego	85%
Kość piszczelowa	65%
Mózgoczaszka	50%
Kości twarzy	35%
Kość ramienna, kość promieniowa, kość łokciowa, kość strzałkowa	25%
Inne złamania	10%
Oparzenia 2 i 3 stopnia (Powierzchnia oparzenia)	% Sumy Ubezpieczenia
40% lub większa powierzchnia ciała	100%
30% lub większa powierzchnia ciała	65%
20% lub większa powierzchnia ciała	35%
10% lub większa powierzchnia ciała	20%

V. WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 8

1. Ubezpieczyciel będzie zwolniony z odpowiedzialności na podstawie Umowy ubezpieczenia w przypadku samobójstwa Ubezpieczonego, jeżeli nastąpiło ono w okresie dwóch lat od zawarcia Umowy ubezpieczenia.

Wyłączenia wspólne dla wszystkich ryzyk ubezpieczeniowych:

2. Ubezpieczyciel będzie zwolniony z odpowiedzialności na podstawie Umowy ubezpieczenia za śmierć lub inne zdarzenie objęte ubezpieczeniem, z tytułu następstw:
- wypadków zaistniałych przed obowiązywaniem Umowy ubezpieczenia,
 - Choroby zaistniałej przed obowiązywaniem Umowy ubezpieczenia,
 - popętnienia lub usiłowania popełnienia przestępstwa przez Ubezpieczonego,
 - wojny lub wojny domowej,
 - udziału Ubezpieczonego w zamieszkach, demonstracjach, aktach terroryzmu lub sabotażu, bójkach (z wyjątkiem przypadków obrony koniecznej),
 - stanu pod wpływem alkoholu, polegającego na występowaniu we krwi stężenia alkoholu równego lub wyższego od normy określonej w przepisach prawa,
 - wypadku lub Choroby spowodowanej umyślnie przez Ubezpieczonego, Ubezpieczającego lub Uposażonego,
 - samookaleczenia lub próby samobójczej Ubezpieczonego,
 - zażycia narkotyku lub środka odurzającego, nie przepisane przez lekarza, lub, w przypadku środka przepisane przez lekarza, niezastosowania się do ograniczeń wynikających ze stosowania danego środka, w szczególności dotyczących prowadzenia pojazdów,
 - uprawiania zajęć rekreacyjnych o podwyższonym stopniu ryzyka lub sportów ekstremalnych: wspinaczka skalna, lodowa, taternictwo, alpinizm, himalaizm, speleologia, buldering, Le Parkour, canyoning, kajakarstwo górskie, rafting, hydrospeed, kitesurfing oraz windsurfing, sporty motorowodne, nurkowanie oraz freediving, skoki narciarskie, skialpinizm, freeskiing, skoki na bungee, spadochroniarstwo, paralotniarstwo, lotniarstwo, motolotniarstwo, baloniarstwo, szybownictwo, pilotowanie samolotów lub śmigłowców, jazda na motocyklach oraz quadach, udział i próby w wyścigach lub rajdach samochodowych, jazda na gokartach oraz kartingach, sztuki walki, zorbing, pirotechnika oraz wszelkiego rodzaju sporty obronne,
 - prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu mechanicznego lub innego środka transportu bez ważnego dokumentu uprawniającego do jego prowadzenia lub bez dokumentu potwierdzającego, że na dzień zajścia zdarzenia pojazd posiada aktualne badanie techniczne, dopuszczające do ruchu publicznego,
 - wypadku lotniczego, jeżeli Ubezpieczony nie był pasażerem licencjonowanych linii lotniczych,
 - skażenia radioaktywnego.

Wyłączenia dodatkowe z zakresu ochrony ubezpieczeniowej Hospitalizacji Ubezpieczonego:

3. Ubezpieczyciel będzie także zwolniony z odpowiedzialności w przypadku Hospitalizacji spowodowanej którymkolwiek z poniższych zdarzeń:
- stanem demencji Ubezpieczonego,
 - interwencjami chirurgicznymi przeprowadzonymi w celach estetycznych,
 - wszelkimi Hospitalizacjami w zakładach przeznaczonych dla osób, które nie są w stanie prowadzić samodzielnego życia i które wymagają stałej opieki medycznej oraz leczenia podtrzymującego (usługi opieki domowej, gerontologia),

- d) wszelkimi pobytami – w charakterze użytkownika – w zakładach lub ośrodkach świadczących usługi rekonwalescencji, rehabilitacji, readaptacji, talasoterapii, w centrum spa, uzdrowisku lub w domach opieki.

Wyłączenia dodatkowe z zakresu ochrony ubezpieczeniowej Obrażeń cielesnych Ubezpieczonego:

4. Ubezpieczyciel będzie także zwolniony z odpowiedzialności w przypadku powstania Obrażeń cielesnych Ubezpieczonego spowodowanych którymkolwiek z poniższych zdarzeń:
- a) jakąkolwiek chorobą zaistniałą przed obowiązywaniem niniejszej ochrony ubezpieczeniowej,
 - b) obrażeniami cielesnymi wynikającymi ze stanu demencji Ubezpieczonego,
 - c) zmianami krążków międzykręgowych (przepuklina dysku, zapalenie krążka międzykręgowego, zwyrodnienie dysku),
 - d) oparzeniami spowodowanymi ekspozycją na słońce lub używaniem sztucznego środka opalającego,
 - e) wszelkimi obrażeniami cielesnymi innymi niż te, które określono w § 7 pkt. 6 OWU.

VI. OSOBY UPRAWNIONE DO UZYSKANIA ŚWIADCZENIA

§ 9

1. Prawo do świadczenia z tytułu dożycia, Całkowitego i trwałego inwalidztwa, a także świadczenia z tytułu Hospitalizacji oraz Obrażeń cielesnych Ubezpieczonego, przysługuje Ubezpieczonemu.
2. Prawo do świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego przysługuje Uposażonym.
3. Ubezpieczający może wskazać jednego lub kilku Uposażonych uprawnionych do otrzymania świadczenia ubezpieczeniowego w razie śmierci Ubezpieczonego w okresie obowiązywania Umowy ubezpieczenia. Ubezpieczający może to wskazanie w każdym czasie zmienić lub odwołać. W razie zawarcia Umowy na cudzy rachunek Ubezpieczający wskazuje Uposażonych za pisemną zgodą Ubezpieczonego.
4. Jeżeli wskazano kilku Uposażonych, a nie określono udziału każdego z nich, przyjmuje się, że ich udziały są równe.
5. Jeżeli Ubezpieczający wskazał kilku Uposażonych, udział Uposażonego lub Uposażonych, którzy w chwili śmierci Ubezpieczonego nie żyli, przypada pozostałym Uposażonym proporcjonalnie do ich udziałów.
6. Jeżeli nie wskazano Uposażonego należne świadczenie jest wypłacane spadkobiercom Ubezpieczonego - wskazanym w sądowym stwierdzeniu nabycia spadku albo w akcie poświadczenia dziedziczenia sporządzonym przez notariusza – proporcjonalnie do ich udziałów.

VII. SKŁADKI

§ 10

1. Składki ubezpieczeniowe są opłacane z góry za okresy miesięczne, kwartalne, półroczne lub roczne.
2. Ubezpieczający ma prawo zmienić częstotliwość opłacania składek w każdą Rocznicę Umowy ubezpieczenia, informując o tym fakcie Ubezpieczyciela na 30 dni przed Rocznicą Umowy ubezpieczenia.
3. Wysokość składki ustalana jest stosownie do Wiek Ubezpieczonego oraz do sumy ubezpieczenia.
4. Wysokość składki jest stała przez cały okres trwania Umowy ubezpieczenia.

VIII. WYKUP POLISY

§ 11

1. Ubezpieczający ma prawo Wykupu polisy, pod warunkiem opłacenia składek za okres co najmniej trzech pełnych lat od daty Początku ubezpieczenia.
2. Wartość Wykupu wynosi:
 - a) w okresie pierwszych 10 lat od daty Początku ubezpieczenia, 95% rezerw matematycznych, po uprzednim pomniejszeniu o jeszcze nie zamortyzowane koszty akwizycji,
 - b) po upływie 10 pierwszych lat od daty Początku ubezpieczenia, 100% rezerw matematycznych, po uprzednim pomniejszeniu o jeszcze nie zamortyzowane koszty akwizycji.
3. Wartość Wykupu wynosi nie więcej niż 95% sumy ubezpieczenia.
4. Wypłata wartości Wykupu nastąpi po złożeniu przez Ubezpieczającego wniosku o Wykup polisy zawierającego numeru polisy ubezpieczeniowej.
5. Wypłata wartości Wykupu powoduje wygaśnięcie Umowy ubezpieczenia i odpowiedzialności Ubezpieczyciela.

IX. WYPŁATA ŚWIADCZENIA

§ 12

Dokumenty wymagane w celu wypłaty świadczenia, niezależnie od rodzaju świadczenia:

- a) wniosek o wypłatę świadczenia,
- b) numer polisy lub kopia polisy wraz z Aneksami (jeżeli były sporządzane) o ile znajdują się w posiadaniu zgłaszającego roszczenie,
- c) dokument urzędowy stwierdzający tożsamość Uposażonego lub innej osoby występującej z roszczeniem.

§ 13

Dokumenty wymagane w przypadku śmierci Ubezpieczonego w wyniku Choroby

W przypadku śmierci Ubezpieczonego, Uposażony lub inna osoba występująca z roszczeniem powinna dodatkowo dostarczyć Ubezpieczycielowi następujące dokumenty:

- a) akt zgonu Ubezpieczonego,
- b) kopię karty zgonu Ubezpieczonego z określeniem przyczyny śmierci.

§ 14

Dokumenty wymagane w przypadku śmierci Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku lub Wypadku komunikacyjnego

W przypadku śmierci Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, Uposażony lub inna osoba występująca z roszczeniem zobowiązana jest dodatkowo dostarczyć Ubezpieczycielowi następujące dokumenty:

- a) akt zgonu Ubezpieczonego,
- b) kopię karty zgonu Ubezpieczonego z określeniem przyczyny śmierci,
- c) opis okoliczności zajścia zdarzenia wraz ze wskazaniem organu prowadzącego postępowanie.

§ 15

Dokumenty wymagane w przypadku Całkowitego i trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego

W przypadku inwalidztwa Ubezpieczonego, Ubezpieczony lub inna osoba występująca z roszczeniem zobowiązana jest dodatkowo dostarczyć Ubezpieczycielowi następujące dokumenty:

- a) zaświadczenie lekarskie określające stan zdrowia Ubezpieczonego z opisem przebiegu leczenia,
- b) kopie kart wypisowych z pobytu w szpitalach,
- c) w przypadku Całkowitego i trwałego inwalidztwa spowodowanego Nieszczęśliwym wypadkiem lub Wypadkiem komunikacyjnym opis okoliczności zajścia wypadku wraz ze wskazaniem organu prowadzącego postępowanie.

§ 16

Dokumenty wymagane w przypadku Hospitalizacji Ubezpieczonego

W przypadku Hospitalizacji Ubezpieczonego, Ubezpieczony lub inna osoba występująca z roszczeniem zobowiązana jest dodatkowo dostarczyć Ubezpieczycielowi następujące dokumenty:

- a) kopię karty z pobytu szpitalnego określającą charakter leczenia, odbyte zabiegi, datę przyjęcia i wypisania ze szpitala lub przewidywaną datę wypisania. W tym przypadku, jeżeli pobyt w szpitalu zostanie przedłużony, należy zgłosić ten fakt i przedłożyć stosowne zaświadczenie,
- b) dodatkowo na wniosek Ubezpieczyciela zaświadczenie wydane przez lekarza prowadzącego leczenie lub zabiegi, stwierdzające przyczynę i charakter pobytu w szpitalu oraz inne informacje niezbędne do podjęcia decyzji o wypłacie świadczenia,
- c) dokument zaświadczający o wypadku, wydany przez właściwe władze i określający wypadek, jego miejsce, datę i okoliczności.

§ 17

Dokumenty wymagane w przypadku Obrażeń cielesnych Ubezpieczonego

W przypadku powstania obrażeń Ubezpieczonego, Ubezpieczony lub inna osoba występująca z roszczeniem zobowiązana jest dodatkowo dostarczyć Ubezpieczycielowi następujące dokumenty:

- a) kopia karty z pobytu szpitalnego lub dokumentacji ambulatoryjnej określające charakter leczenia, odbyte zabiegi, datę przyjęcia i wypisania ze szpitala lub przewidywaną datę wypisania, zdjęcie radiologiczne złamanej kości, zdjęcie Oparzenia,
- b) dodatkowo na wniosek Ubezpieczyciela zaświadczenie wydane przez lekarza prowadzącego leczenie lub zabiegi, stwierdzające przyczynę, charakter i stopień obrażeń oraz inne informacje niezbędne do podjęcia decyzji o wypłacie świadczenia,
- c) dokument zaświadczający o wypadku, wydany przez właściwe władze i określający wypadek, jego miejsce, datę i okoliczności.

§ 18

1. Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do zwrócenia się o dostarczenie dodatkowych dokumentów, umożliwiających ocenę zasadności wypłaty świadczenia, do zgłaszającego roszczenie, lekarzy, organów lub instytucji, które mogą być w ich posiadaniu.
2. Ubezpieczyciel ma prawo skierować Ubezpieczonego na badania lekarskie lub badania diagnostyczne z minimalnym ryzykiem celem ustalenia prawa do świadczenia i jego wysokości we wskazanej przez Ubezpieczyciela placówce medycznej.
3. Koszty badań lekarskich, o których mowa w ust. 2, ponosi Ubezpieczyciel.

§ 19

Ubezpieczony jest zobowiązany do:

- a) poddania się badaniom lekarskim lub badaniom diagnostycznym z minimalnym ryzykiem w celu ustalenia prawa do świadczenia i jego wysokości we wskazanej przez Ubezpieczyciela placówce medycznej,
- b) przekazania dokumentacji medycznej będącej w jego posiadaniu, a wymaganej przez Ubezpieczyciela.

§ 20

Ubezpieczyciel ma obowiązek udostępnić do wglądu Uposażonemu lub innej osobie występującej z roszczeniem informacje i dokumenty gromadzone w celu ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub wysokości świadczenia. Osoby te mogą żądać od Ubezpieczyciela pisemnego potwierdzenia udostępnionych informacji, a także sporządzania na swój koszt, odpisów lub kserokopii dokumentów, a także potwierdzania ich zgodności z oryginałem.

§ 21

1. Wypłata świadczenia jest dokonywana w terminie 30 dni od dnia zgłoszenia Ubezpieczycielowi zdarzenia stanowiącego podstawę do wypłaty. Jeśli w wyżej wymienionym terminie ustalenie okoliczności niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela oraz wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie winno zostać wypłacone w terminie 14 dni od dnia, w którym przy dochowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Bezsprawną część świadczenia Ubezpieczyciel zobowiązuje się spełnić w terminie określonym w zdaniu pierwszym.
2. Jeżeli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, Ubezpieczyciel informuje o tym osobę występującą z roszczeniem wskazując na okoliczności oraz podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia.

X. OKRES KARENCJI

§ 22

1. Ubezpieczyciel wprowadza okres Karencji, który obejmuje ryzyko śmierci oraz inwalidztwa z innych przyczyn niż Nieszczęśliwy wypadek.
2. Okres Karencji trwa 3 lata od Początku ubezpieczenia.
3. W okresie Karencji odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu śmierci albo inwalidztwa Ubezpieczonego z innych przyczyn niż Nieszczęśliwy wypadek ograniczona jest do wypłaty świadczenia równego sumie składek wpłaconych z tytułu Umowy ubezpieczenia.

XI. PRAWO ODSTĄPIENIA OD UMOWY

§ 23

1. Ubezpieczającemu przysługuje prawo odstąpienia od Umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni od daty doręczenia polisy ubezpieczeniowej albo w terminie 7 dni od daty doręczenia polisy, jeżeli jest przedsiębiorcą.
2. W takim przypadku Ubezpieczyciel zobowiązuje się zwrócić Ubezpieczającemu wpłaconą przy zawieraniu Umowy ubezpieczenia składkę. Ubezpieczyciel ma prawo do potrącenia części składki należnej za okres, przez jaki udzielał ochrony.

XII. ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 24

1. Ubezpieczającemu przysługuje prawo do wypowiedzenia Umowy ubezpieczenia w każdym czasie z zachowaniem dwutygodniowego okresu wypowiedzenia. Oświadczenie o wypowiedzeniu Umowy ubezpieczenia składane jest na piśmie.
2. Umowę ubezpieczenia uważa się za wypowiedzianą przez Ubezpieczającego także w przypadku, jeżeli składka lub jej rata nie została opłacona w terminie określonym w polisie ubezpieczeniowej, mimo wezwania do zapłaty w dodatkowym 7-dniowym terminie i poinformowaniu Ubezpieczającego o skutkach nieopłacenia składki.
3. Rozwiązanie Umowy powoduje wygaśnięcie odpowiedzialności Ubezpieczyciela z tytułu Umowy ubezpieczenia.
4. Ubezpieczyciel nie będzie zobowiązany do zwrotu zapłaconych składek należnych za okres, w którym była udzielana ochrona ubezpieczeniowa.
5. Ubezpieczyciel może wypowiedzieć Umowę ubezpieczenia jedynie w przypadkach określonych w przepisach prawa.

XIII. PRAWA I OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO / UBEZPIECZONEGO

§ 25

1. Ubezpieczający oraz Ubezpieczony, jeżeli nie jest Ubezpieczającym, są zobowiązani do przekazania Ubezpieczycielowi wszystkich danych, o które pytał Ubezpieczyciel, niezbędnych do zawarcia Umowy ubezpieczenia. Jeżeli Ubezpieczający zawiera Umowę przez przedstawiciela, obowiązek przekazywania danych ciąży również na przedstawicielu i obejmuje również okoliczności jemu znane.
2. Przed wyrażeniem przez Ubezpieczającego zgody na zmianę warunków lub zmianę prawa właściwego dla zawartej Umowy ubezpieczenia Ubezpieczyciel jest obowiązany przekazać pisemnie informacje w tym zakresie Ubezpieczającemu wraz z określeniem wpływu tych zmian na wartość świadczeń przysługujących z tytułu zawartej Umowy ubezpieczenia.

§ 26

W razie zawarcia Umowy na cudzy rachunek Ubezpieczający jest zobowiązany do niezwłocznego przekazania Ubezpieczonemu pisemnych informacji o proponowanych zmianach, o których mowa w §. 25 ust. 2 OWU, przed wyrażeniem przez Ubezpieczonego zgody na te zmiany.

XIV. REKLAMACJE

§ 27

1. Prawo do złożenia reklamacji przysługuje każdej osobie fizycznej będącej Ubezpieczającym, Ubezpieczonym, Uposażonym lub Uprawnionym, zwanej dalej „Klientem”.
2. Reklamacje mogą być zgłaszane przez Klienta:
 - a) pisemnie:
 - osobiście w siedzibie firmy (Prévoir-Vie Groupe Prévoir S.A. – Oddział w Polsce, ul. Emilii Plater 28; 00-688 Warszawa) oraz w każdym biurze handlowym obsługującym Klientów,
 - albo
 - pocztą na adres: Prévoir-Vie Groupe Prévoir S.A. – Oddział w Polsce, ul. Emilii Plater 28; 00-688 Warszawa,
 - b) w formie elektronicznej: na adres e-mail: reklamacje@prevoir.pl,
 - c) ustnie - telefonicznie: na numer telefonu: (22) 572 80 00.

W przypadku złożenia reklamacji telefonicznie, osoba przyjmująca reklamację sporządzi notatkę ze wskazaniem następujących danych: data, imię, nazwisko, adres do korespondencji, adres e-mail (w przypadku wyboru takiej formy kontaktu), opis zastrzeżeń Klienta dotyczących usług świadczonych przez Prévoir-Vie Groupe Prévoir S.A. – Oddział w Polsce.
3. Prévoir-Vie Groupe Prévoir S.A. – Oddział w Polsce udziela odpowiedzi na reklamacje bez zbędnej zwłoki jednak nie później niż w terminie 30 dni od dnia jej otrzymania. W przypadku szczególnie skomplikowanych spraw, uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie 30 dni Prévoir-Vie Groupe Prévoir S.A. – Oddział w Polsce poinformuje składającego reklamację o:
 - a) przyczynach opóźnienia,
 - b) okolicznościach, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia sprawy,

- c) przewidywanym terminie rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi, który nie może przekroczyć 60 dni od dnia otrzymania reklamacji.
4. Odpowiedź na reklamacje udzielana jest w postaci papierowej. Na wniosek Klienta odpowiedź może zostać dostarczona pocztą elektroniczną. Do zachowania terminu wystarczy wysłanie odpowiedzi przed jej upływem.
5. Niezależnie od powyższej procedury reklamacyjnej, Klientowi przysługuje prawo wniesienia skargi do Rzecznika Finansowego, oraz prawo do wystąpienia z wnioskiem o przeprowadzenie przez Rzecznika Finansowego pozasądowego postępowania w sprawie rozwiązywania sporów między klientami podmiotów rynku finansowego a tymi podmiotami.

XV. WŁAŚCIWOŚĆ SĄDU

§ 28

Do rozpatrywania spraw, w których stroną jest Ubezpieczyciel właściwe są polskie sądy powszechne. Powództwo o roszczenie wynikające z postanowień Umowy ubezpieczenia można wytoczyć albo przez sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby strony pozwanej, albo przez sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczonego, Ubezpieczającego lub Uposażonego.

XVI. PRZEDAWNIE NIE

§ 29

1. Roszczenia z tytułu Umowy ubezpieczenia przedawniają się z upływem lat trzech.
2. Bieg przedawnienia roszczenia o świadczenie od Ubezpieczyciela rozpoczyna się od dnia, w którym roszczenie stało się wymagalne.
3. Bieg przedawnienia roszczenia o świadczenie od Ubezpieczyciela przerywa się przez uznanie roszczenia, albo przez każdą czynność przed sądem, lub innym organem powołanym do rozpoznawania spraw lub egzekwowania roszczeń, przedsięwziętą bezpośrednio w związku z roszczeniem.
4. Po każdym przerwaniu przedawnienia biegnie ono na nowo.

XVII. PRAWO WŁAŚCIWE I OPODATKOWANIE ŚWIADCZEŃ

§ 30

1. W zakresie określenia prawa właściwego dla Umowy ubezpieczenia zastosowanie mają następujące zasady:
 - a) prawem właściwym dla Umowy ubezpieczenia jest prawo Rzeczypospolitej Polskiej;
 - b) jeżeli Ubezpieczającym jest osoba fizyczna mająca miejsce zamieszkania w państwie członkowskim Unii Europejskiej innym niż państwo, którego jest obywatelem, Ubezpieczający może wybrać prawo państwa członkowskiego Unii Europejskiej, którego jest obywatelem.
2. Ubezpieczyciel, zgodnie z Ustawą o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, wskazuje miejsce ujawnienia sprawozdania o wypłacalności i kondycji finansowej zakładu ubezpieczeń: ACPR (Autorité de contrôle prudentiel et de résolution), 61 Rue Taitbout, 75436 Paryż (Cedex 09), Francja.
3. Opodatkowanie świadczeń wypłacanych z tytułu Umowy ubezpieczenia regulują przepisy ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych, ustawy o podatku dochodowym od osób prawnych oraz ustawy o podatku od spadków i darowizn, z zastrzeżeniem bezwzględnie obowiązujących przepisów prawa podatkowego innych państw.
4. W sprawach nieuregulowanych w OWU mają zastosowanie powszechnie obowiązujące przepisy prawa polskiego, a w tym kodeksu cywilnego i ustawy z 11 września 2015 roku o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej z późniejszymi zmianami.

Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia wchodzi w życie z dniem 1 czerwca 2020 roku.

W imieniu Prévoir - Vie Groupe Prévoir S.A. - Oddział w Polsce:

Michał BUKOWICKI



Reprezentant Prévoir w Polsce

Beata GRACZYK



Dyrektor Oddziału Prévoir w Polsce

ZAŁĄCZNIK NR 1
do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia na Życie

SZCZEGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA
CZĘŚCIOWE I TRWAŁE INWALIDZTWO W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

Niniejsze Szczególne Warunki Ubezpieczenia (dalej „SzWU”) stosuje się do Umowy ubezpieczenia na Życie **OptiMAX** zawartej na podstawie OWU w zakresie rozszerzenia ubezpieczenia o Częściowe i trwałe inwalidztwo w następstwie Nieszczęśliwego wypadku.

DEFINICJE

W SzWU, polisach oraz wszelkich innych dokumentach wystawionych przez Prévoir - Vie Groupe Prévoir S.A.- Oddział w Polsce, w związku z Umową ubezpieczenia zawartą na podstawie OWU, terminy wymienione poniżej będą miały następujące znaczenie:

1. Częściowe i trwałe inwalidztwo w następstwie Nieszczęśliwego wypadku

Trwałe uszkodzenie ciała Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, którego zakres obejmuje co najmniej jeden z przypadków określonych w tabeli, np. całkowitej utraty wzroku na jedno oko, całkowitej głuchoty na jedno ucho, całkowity paraliż lub amputację ręki, całkowity paraliż lub amputację nogi (elementy częściowego inwalidztwa).

Warunkiem koniecznym do uznania inwalidztwa za trwałe jest utrzymywanie się wyżej wymienionego stanu przez okres co najmniej 6 miesięcy (w przypadku zaburzeń neurologicznych 9 miesięcy) od powstania obrażeń lub rozpoznania Choroby i zakończenia leczenia oraz rehabilitacji, jeżeli na koniec tego okresu według aktualnego stanu wiedzy medycznej stan zdrowia Ubezpieczonego nie ulegnie istotnej poprawie. Wymogu czasowego nie stosuje się w przypadku Całkowitego, ewidentnego, nieodwracalnego inwalidztwa, jak np. amputacja kończyny, utrata gałki ocznej.

Procent i elementy inwalidztwa określone są umownie, na podstawie tabeli w niniejszych SzWU.

W przypadku więcej niż jednego elementu częściowego inwalidztwa, łączny stopień inwalidztwa określa się przez sumowanie. Łączny procent inwalidztwa określony tą metodą nie może przekroczyć 100%.

2. Porażenie (paraliż)

Nieodwracalna i całkowita niemożność wykonywania ruchu kończyny górnej lub dolnej, na skutek braku dopływu bodźców nerwowych do mięśni. Obejmuje zarówno centralne spastyczne porażenie jak i wiotkie porażenie pochodzenia obwodowego.

3. Niedowład (powłóczenie)

Nieodwracalne zmniejszenie siły mięśni lub ograniczenie zakresu ruchu kończyn powstałe najczęściej na skutek zmian organicznych ośrodkowych, obwodowych lub dotyczących samego mięśnia. Nie obejmuje następstw zaburzeń psychicznych, mających charakter wyłącznie czynnościowy.

4. Amputacja (odjęcie)

Trwałe usunięcie narządu lub jego części, w odniesieniu do usunięcia kończyny górnej lub dolnej, przebiegające z przecięciem kości i wytworzeniem kikuta.

I. PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 1

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.

2. Zakres ubezpieczenia obejmuje Częściowe i trwałe inwalidztwo w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, zaistniałego w okresie ubezpieczenia dodatkowego.

Ubezpieczający może złożyć wniosek o rozszerzenie Umowy ubezpieczenia o ubezpieczenie dodatkowe we wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia oraz na 30 dni przed Rocznicą Umowy ubezpieczenia.

§ 2

1. W przypadku powstania **Częściowego i trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego** w następstwie Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie stanowiące procent sumy ubezpieczenia określany zgodnie z tabelą w ust. 3.

2. Sumy ubezpieczenia są określane przez Ubezpieczającego i potwierdzone polisą ubezpieczeniową wystawioną przez Ubezpieczyciela zgodnie z jednym z wariantów określonych poniższą tabelą:

Wariant	Suma ubezpieczenia Częściowego i trwałego inwalidztwa
1.	30 000 zł
2.	40 000 zł
3.	50 000 zł

3. Zdarzenia objęte ochroną z tytułu Częściowego i trwałego inwalidztwa obejmują:

CZĘŚCIOWE I TRWAŁE INWALIDZTWO	
Całkowita utrata wzroku jednego oka	30%
Całkowita utrata wzroku jednego oka i częściowa drugiego	70%
Całkowita utrata słuchu jednego ucha	20%
Całkowita utrata słuchu	50%
Amputacja palca ręki (minimum dwóch paliczków)	5%
Amputacja palca stopy (w całości)	5%
Amputacja części dłoni (minimum 4 palce)	25%
Amputacja części stopy (minimum 4 palce)	25%
Amputacja jednej kończyny górnej powyżej wysokości nadgarstka	30%
Amputacja dwóch kończyn górnych powyżej wysokości nadgarstka	60%
Amputacja jednej kończyny górnej powyżej stawu łokciowego	40%
Amputacja dwóch kończyn górnych powyżej stawu łokciowego	80%
Amputacja jednej kończyny dolnej powyżej stawu skokowego	30%
Amputacja dwóch kończyn dolnych powyżej stawu skokowego	30%
Amputacja jednej kończyny dolnej powyżej stawu kolanowego	40%
Amputacja dwóch kończyn dolnych powyżej stawu kolanowego	80%
Niedowład (częściowe porażenie) kończyny górnej	20%
Całkowite porażenie jednej kończyny górnej	40%
Niedowład (częściowe porażenie) kończyny dolnej	30%
Całkowite porażenie jednej kończyny dolnej	40%
Niedowład (częściowe porażenie) połowiczy	50%
Całkowite porażenie kończyn połowicze	80%
Obustronny niedowład (częściowe porażenie)	80%

II. USTALENIE WYSOKOŚCI I WYPŁATA ŚWIADCZENIA

§ 3

Świadczenie wypłacane w przypadku Częściowego i trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku

1. W przypadku Częściowego i trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w okresie ubezpieczenia dodatkowego, Ubezpieczyciel wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości stanowiącej procent powstałego Częściowego i trwałego inwalidztwa od sumy ubezpieczenia z tego tytułu.
2. Wypłata świadczenia następuje po ustaleniu stanu inwalidztwa Ubezpieczonego, tj. po stwierdzeniu ostatecznego charakteru Częściowego i trwałego inwalidztwa, będącego następstwem Nieszczęśliwego wypadku.
3. Stopień inwalidztwa ustalany jest stosownie do procentowego uszczerbku, według tabeli w § 2 ust. 3 SzWU.
4. W przypadku Częściowego i trwałego inwalidztwa w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, skutkującego zbiegiem więcej niż jednego uszczerbku określonego w § 2 ust. 3 SzWU, łączny stopień inwalidztwa określa się przez sumowanie stopni częściowego inwalidztwa, z zastrzeżeniem ust. 6.
5. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za Częściowe inwalidztwo Ubezpieczonego istniejące przed Nieszczęśliwym wypadkiem.
6. Łączna suma świadczeń z tytułu Częściowego i trwałego inwalidztwa w następstwie Nieszczęśliwego wypadku nie może przekroczyć 100% sumy ubezpieczenia z tytułu SzWU. Wypłata 100% świadczenia z tytułu Częściowego i trwałego inwalidztwa w wyniku Nieszczęśliwego wypadku powoduje, że odpowiedzialność z tytułu ubezpieczenia dodatkowego wygasa.

§ 4

Dokumenty wymagane od Ubezpieczonego w przypadku Częściowego i trwałego inwalidztwa w następstwie Nieszczęśliwego wypadku

1. W przypadku Częściowego i trwałego inwalidztwa w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, Ubezpieczony jest zobowiązany dostarczyć Ubezpieczycielowi następujące dokumenty:
 - a) wniosek o wypłatę świadczenia,

- b) zaświadczenie lekarskie stwierdzające stan zdrowia Ubezpieczonego oraz zawierające opis przebiegu leczenia,
 - c) opis okoliczności zajścia zdarzenia wraz ze wskazaniem organu prowadzącego postępowanie,
 - d) dokument urzędowy stwierdzający tożsamość Ubezpieczonego.
2. Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do zwrócenia się o dostarczenie dodatkowych dokumentów, umożliwiających ocenę zasadności wypłaty świadczenia, do organów lub instytucji, które mogą być w ich posiadaniu.
 3. Ubezpieczyciel ma prawo skierować Ubezpieczonego na badania lekarskie celem stwierdzenia inwalidztwa w rozumieniu SzWU, przy czym koszt badań ponosi Ubezpieczyciel.

III. WYŁĄCZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 5

1. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za Częściowe i trwałe inwalidztwo, którego przyczyny były inne niż Nieszczęśliwy wypadek zaistniały w okresie ubezpieczenia dodatkowego.
2. Ubezpieczyciel będzie także zwolniony z odpowiedzialności w przypadku powstania innych Obrażeń cielesnych niż określono w § 2 ust. 3.

IV. POSTANOWIENIE KOŃCOWE

§ 6

W sprawach nieuregulowanych w SzWU mają odpowiednio zastosowanie postanowienia OWU.

W imieniu Prévoir - Vie Groupe Prévoir S.A. - Oddział w Polsce:

Michał BUKOWICKI



Reprezentant Prévoir w Polsce

Beata GRACZYK



Dyrektor Oddziału Prévoir w Polsce